

Abschaffung der „zahnärztlichen“ Narkose kippt!

Die im Ärzteblatt 26 vom 30. Juni 2006 bekannt gemachte Änderung des EBM zu Narkosen für zahnärztliche und gastroenterologische Eingriffe (Änderung der Präambel des Kapitels 5) wird in dieser Form nicht Bestand haben.

Der Bewertungsausschuss wird die Angelegenheit erneut aufgreifen und eine voraussichtlich wesentlich differenziertere Regelung treffen. Offensichtlich ist sich hierüber sowohl die Ärzte- als auch die Krankenkassenseite einig. Nach wie vor betrifft die Diskussion nur die Ziffern 05330, 05331 und 05350.

Zu verdanken ist das Einlenken den vielen Protesten Einzelner, vor allem aber den konzertierten Aktionen der betroffenen Verbände der Zahnärzte und der Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgen, selbstverständlich auch des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten.

Ob das BMGS offiziell interveniert hat, ist nicht bekannt, klar ist jedoch, dass es mit einer Einschränkung des Leistungskataloges der GKVen, zudem durch ein hierfür nicht zuständiges Gremium, nicht einverstanden ist.

Der BDA hatte die Ministerin gebeten, im Wege der Rechtsaufsicht einzugreifen. Hierzu sieht das SGB V eine Frist von 2 Monaten vor, die für die bekannt gemachte Regelung jedoch erst Ende August ausläuft.

Am 22. August wird in einer erneuten Sitzung das Thema nochmals aufgegriffen. Wenn dort ein neuer Beschluss gefasst wird, ist fraglich, ob dieser zum 1. Okt. 2006 Rechtswirksamkeit erlangen kann. Insofern ist auch eine Aussetzung (z.B. bis zum 1. Jan. 2007) denkbar, um weiter Gespräche mit den betroffenen Verbänden zu führen.

Jedenfalls erübrigen sich derzeit weitere Aktionen, der ausgeübte Druck hat das erforderliche Ergebnis gebracht.

Es steht somit zu erwarten, dass über den EBM klargestellt wird, wo in diesem System die Grenzen der medizinischen Notwendigkeit von Vollnarkosen für bestimmte Eingriffen gesehen werden.

Selbstverständlich bemüht sich der Berufsverband, gemeinsam mit den anderen betroffenen Verbänden im Sinne der gemeinsamen Patientenbetreuung den Bewertungsausschuss von einer praktikablen, tragfähigen Lösung zu überzeugen.

Hierzu gibt es derzeit folgende Überlegungen:

Zum einen muss über eine Altersgrenze diskutiert werden, unterhalb derer eine Indikation als gesichert gilt. Hierbei sollte grundsätzlich eine bereits im EBM vorhandene Grenze herangezogen werden. Nach den Diskussionen der letzten Tage stellt sich die Grenze 6. Lebensjahr für viele Zahnärzte und Anästhesisten als zu eng gefasst dar.

Daher sollte die aus gutem Grunde die für die „Kleinchirurgie“ gewählte Altersgrenze vom „vollendeten 12. Lebensjahr“ herangezogen werden.

Darüber hinaus gibt es Eingriffe, die von Ihrer Art und Größenordnung her nur in Vollnarkose durchführbar sind. Dies wird im Kapitel 31 des EBM über die OPS-Kodierung und Zuordnung von Narkoseziffer und Aufwachraum klargestellt. Bei exakt dem gleichen Eingriff wird dieser Abrechnungsweg derzeit durch den entsprechenden Interpretationsbeschluss versperrt, wenn der Eingriff zahnärztlich (d.h. über die KZV) abgerechnet wird. Durch Aufhebung des Interpretationsbeschlusses könnte dieser Widersinn wegfallen.

Für die Abrechnung der entsprechenden Anästhesieleistungen fehlt lediglich eine Konversionsdatei, welche die in der zahnärztlichen Abrechnungs-Systematik Bema beschriebenen Prozeduren mit der entsprechenden OPS-Kodierung verbindet. Dies wäre der einfachste und schnellste Weg zu einer befriedigenden Lösung.

Direktabrechnung mit dem Patienten / Kostenerstattung

Wie schon in der Vergangenheit, muss nochmals klargestellt werden, dass sowohl die veranlassenden Zahnärzte, Oralchirurgen und Mund- Kiefer und Gesichtschirurgen als auch die Anästhesisten sehr wohl trennen zwischen medizinisch indizierten Leistungen, die in das GKV-System fallen und Leistungen, die auf Wunsch des Patienten (oder der Eltern) erbracht werden und selbstverständlich nach GOÄ zu liquidieren sind.

Ein Interesse, möglichst viele seiner Leistungen im Sachleistungsprinzip der KVen zu erbringen, kann ja wohl kaum ein Anästhesist haben. Deshalb sollte die jetzt von der KBV losgetretene Diskussion auch durchaus dazu genutzt werden, die IGEL-Leistung Komfortnarkose mehr in den Vordergrund zu rücken. Man kann davon ausgehen, dass die zu erwartende Neuregelung für viele Fälle klarstellt, dass diese Leistung eben nicht mehr im Sachleistungsprinzip erbracht werden darf.

Allerdings ist die Vorstellung, es gäbe für den Patienten die Möglichkeit, mit dieser GOÄ-Liquidation zu seiner Krankenkasse zu gehen, um sich den Betrag, wenn auch nur teilweise, erstatten zu lassen, in den meisten Fällen falsch: Nur die Patienten, die gem. § 13 des SGB V die Kostenerstattung gewählt haben, und damit vollständig (evtl. nur für den ambulanten Bereich) aus dem Sachleistungsprinzip ausgeschieden sind, können dies in Anspruch nehmen. Die Krankenkasse darf jedoch nur Leistungen erstatten, die im Leistungskatalog des SGB V enthalten sind.

In GOÄ-Liquidationen sind Leistungen, die auf Wunsch des Patienten erbracht wurden, zu kennzeichnen. Diese dürfen dann in keinem Fall von der Krankenkasse erstattet werden.

Der Vorschlag des Berufsverbandes, die Regelung wie beschlossen stehen zu lassen und den Krankenkassen die Möglichkeit der Kostenerstattung für Anästhesieleistungen im Rahmen zahnärztlicher Eingriffe zu geben, würde eine Änderung des SGB V erfordern. Hierzu muss die Diskussion über die Kostenerstattung grundsätzlich gesehen werden.

Seitens der Ärzte wurde schon mehrfach gefordert, die Kostenerstattung auch als ein Wahlrecht des Arztes auszugestalten und für den einzelnen Behandlungsfall zu öffnen.

Dies wird jedoch als Einstieg in die Kostenerstattung allgemein gesehen und würde aus Sicht der Politik (derzeit noch?) einen Systembruch darstellen. Da sich derzeit auch die KBV zum Sachleistungsprinzip bekennt, ist es eher unwahrscheinlich, auf diesem Weg zu einer schnellen Lösung zu kommen.

August 2006

Elmar Mertens